**DEPARTAMENTO DE POLICÍA DE LONG BEACH
ACADEMIA POLICÍACA COMUNITARIA DE HABLA HISPANA**

APLICACIÓN DE INGRESO

NOMBRE: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
APELLIDO NOMBRE INICIAL MASC. FEME.

DOMICILIO: _____
CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN DE EMPLEO: _____
CALLE CIUDAD CÓDIGO POSTAL

NÚMEROS DE TELÉFONO: () _____ () _____ () _____
HOGAR MÓVIL EMPLEO

NÚM. DE SEGURO SOCIAL: _____ NÚM. DE TARJETA CONSULAR: _____

NÚM DE LICENCIA: _____ EXPIRACIÓN: _____

Consiento a un chequeo de antecedentes criminales y proporcionaré mis huellas digitales (live-scan) para determinar elegibilidad para la Academia Policíaca Comunitaria de Habla Hispana. Si soy aceptado como estudiante, acuerdo seguir todas las reglas, regulaciones y tener no más de dos ausencias durante las catorce semanas de clase.

Firma del Aspirante: _____ Fecha: _____

*Huellas digitales serán tomadas **antes** de ser seleccionado a la Academia.*

Averigué sobre la Academia Policíaca Comunitaria de Habla Hispana por: _____

Estoy interesado en atender a la Academia Policíaca Comunitaria de Habla Hispana porque: _____

Favor de mandar las aplicaciones completas a PSA Maria Lira Long Beach Police Department,
Community Relations Division, 400 W. Broadway, Long Beach, CA 90802